

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DOS PACIENTES TRANSPLANTADOS HEPÁTICOS EM UM ESTADO DA AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA

Epidemiological characteristics of liver transplant patients in a state of Western Brazilian Amazon

Bruna Barbosa Ferreira¹, Thatiana Lameira Maciel Amaral², Tércio Genzini³, Patrícia Rezende do Prado²

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes transplantados hepáticos acompanhados, no estado do Acre. **Método:** Estudo transversal, realizado no período de abril de 2003 a julho de 2014, para o qual foram utilizados os prontuários dos pacientes em acompanhamento no Hospital das Clínicas do Acre, Brasil. As informações foram coletadas do prontuário eletrônico, por meio de um formulário semiestruturado. Foram realizadas as frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. O banco foi analisado pelo programa SPSS 17.0. **Resultados:** Foram acompanhados 70 transplantados hepáticos no período do estudo. A causa mais frequente que levou ao transplante foi o vírus da hepatite B e a cirrose (77,1%), 81,4% eram do sexo masculino, 64,3% tinham acima de 45 anos de idade, 34,4% dos pacientes esperaram menos de um ano para a realização do transplante, 87,1% utilizaram o fármaco Tacrolimus, 81,0% residiam na cidade de Rio Branco, 42,9% foram transplantados no Hospital Bandeirantes na cidade de São Paulo, a principal complicação foi a recidiva do Vírus da Hepatite C pós-transplante e 14,3% dos pacientes foram a óbito. Em relação aos doadores dos órgãos, 83,9% eram falecidos, 56,6% do sexo masculino e a principal causa de morte foi acidente vascular cerebral hemorrágico. **Conclusão:** Com a caracterização do paciente transplantado hepático, almeja-se contribuir para o serviço de atendimento a esse paciente, tomando-se as medidas necessárias para a assistência à saúde e intervenção dessa problemática.

Descritores: Transplante Hepático; Características da População; Assistência à Saúde.

Instituições:

¹ Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Acre (UFAC) - Rio Branco/AC

² Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre - Rio Branco/AC

³ Serviço de Hepatologia, Cirurgia Hepatobiliopancreática e Transplantes de Órgãos Abdominais do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo - São Paulo/SP

Correspondência:

Patrícia Rezende do Prado
Universidade Federal do Acre - Caixa Postal 500
CEP 69915-900 - Rio Branco/ AC
Tel: (68) 9971-8637.
E-mail: patyrezende@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O transplante de fígado é indicado para pacientes portadores de doença hepática em estágio terminal, quando já não existe nenhum tratamento capaz de reverter as alterações da doença no organismo, sendo que o seu sucesso depende da infraestrutura hospitalar e da equipe multiprofissional treinada para os cuidados pré e pós-transplante.¹

As indicações para realização do transplante hepático têm por objetivo prolongar a vida do paciente, proporcionando satisfatória qualidade de vida e recuperação da capacidade para o trabalho.² As indicações são subdivididas em cinco grupos: doenças colestáticas (atresia de vias biliares, cirrose biliar primária e secundária, colangite esclerosante); doenças da insuficiência hepatocelular (cirroses autoimune, pelo

Recebido em: 07/08/2014

Aceito em: 30/09/2014

vírus B, C, D, alcoólica, medicamentosa, criptogenética); doenças metabólicas (hemocromatose, tirosinemia, glicogenoses, deficiência de alfa-1 antitripsina, doença de Wilson); vasculares (síndrome de Budd-Chiari, doença venooclusiva); e as neoplasias (carcinoma hepatocelular (CHC) e tumores metastáticos carcinoides).³

O desenvolvimento de soluções de conservação de órgãos iniciou-se a partir da década de 60, do século XX. O estudo da solução de conservação propiciou que a realização do transplante pudesse ser de modo eletivo a outros centros, viabilizando e melhorando a distribuição dos órgãos para os diversos centros transplantadores, tornando possível a captação de órgãos à longa distância.⁴

Porém, o que se observa na atualidade, é que o grande problema para a ocorrência do transplante de fígado é a escassez de órgãos, o que aumenta o tempo em fila e com isso, a mortalidade.⁵

O tempo em lista de espera não deveria ser o único critério utilizado para alocação de órgãos, pois não estaria relacionado com a mortalidade observada na lista.⁶ Em 2001, um estudo validou o escore Model for End-stage Liver Disease (MELD), como medida de risco de mortalidade para pacientes com doença hepática crônica em fase terminal, que é utilizado até o momento, embora novos estudos já observam que esse não é o único parâmetro a ser utilizado.⁷

Além dessas dificuldades, a realização de transplantes no país concentra-se nas regiões sudeste e sul, com menor ocorrência nas demais regiões. Em consonância com essa afirmação, somente em 2013 ocorreu o primeiro transplante hepático na região norte do país, em Belém, no Pará.⁸ Em Rio Branco, Acre, a partir de novembro de 2013, o Ministério da Saúde (MS) concedeu a autorização para que o Hospital das Clínicas do Acre (HC) realizasse transplantes de fígado. Antes desse período, os pacientes eram transplantados em outros estados.

Após o transplante, surgem outros desafios, como o uso de imunossupressores, sendo que 40% das mortes por rejeição ducto pênica são devidas ao paciente ter suspenso ou diminuído a dose do medicamento.⁹

Outro fator importante para o insucesso do transplante hepático, e que tem sido reportado na literatura, é a recorrência da infecção pelo vírus da hepatite C em 95% a 100% dos pacientes transplantados de fígado por cirrose hepática por hepatite C. Os principais fatores de risco associados à progressão da hepatite C, após o transplante hepático, foram: a idade do doador e do receptor, sexo feminino, gravidade da doença no pré-operatório, carga viral elevada no pré-transplante, ocorrência de infecção por citomegalovírus, co-infecção com HIV e uso de medicações.¹⁰⁻¹¹

O risco de óbito imediatamente após o transplante parece ser maior do que para os pacientes que permanecem na lista de espera, isso devido aos riscos do procedimento cirúrgico em si. Estima-se que esse risco seja reduzido ao longo do tempo, tornando-se menor do que em não transplantados.¹²

As causas de óbito mais comuns em um estudo realizado em Curitiba, no Paraná, foi a rejeição crônica seguida das complicações de retransplante e sepse.⁹ A maioria dos óbitos ocorre nos três primeiros meses após o transplante, geralmente devido a infecções, complicações técnicas da operação e não funcionamento primário do enxerto.¹³ A falência do transplante, indicada pela perda do enxerto ou morte, costuma ocorrer em cerca de 36% dos indivíduos, já no primeiro ano pós-transplante.¹² No Rio Grande do Sul, um estudo em 324 indivíduos identificou 20,0% de mortalidade no primeiro ano pós-transplante.¹⁴

Assim, o objetivo desta pesquisa foi identificar as características epidemiológicas dos pacientes transplantados hepáticos acompanhados no estado do Acre, almejando uma assistência mais direcionada para esse transplantado.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado com pacientes que foram acompanhados no Hospital das Clínicas do Acre, após a realização de transplante hepático, entre os anos de 2003 e 2014.

Foram incluídos pacientes transplantados hepáticos com o procedimento realizado em diferentes localidades do país e de todas as faixas etárias. Foram excluídos indivíduos que não estavam sendo acompanhados no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do Hospital das Clínicas do Acre ou que abandonaram o acompanhamento no período pesquisado.

A identificação dos pacientes transplantados hepáticos foi realizada pelo prontuário eletrônico com o nome, data de nascimento e nome da mãe. A extração dos dados foi realizada através de formulário padronizado, elaborado para esse fim.

Foram coletadas informações sociodemográficas (sexo, idade, naturalidade), epidemiológicas (hospital e cidade de realização, tempo de espera na fila e causa da morte do doador), clínicas e cirúrgicas (diagnóstico, complicações, óbito e terapia de imunossupressão).

Foram realizadas as frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. O banco de dados foi digitado no Microsoft Excel 2010 e analisado no programa SPSS, versão 17.0.

RESULTADOS

Dos 70 pacientes transplantados nesse período, 57 (81,4%) eram homens, 45 (64,3%) tinham acima de 45 anos de idade, 54 (77,1%) tinham cirrose hepática, 27 (50,0%) portavam o vírus da hepatite B e cirrose e 26 (48,1%) o vírus da hepatite C e cirrose (tabela 1).

Em relação ao tempo de espera, 21 (34,4%) esperaram menos de um ano na fila, 61 (87,1%) usaram o imunossupressor Tacrolimus, 46 (65,7%), o Micofenolato de sódio e 43 (61,4%), Corticoide, como medicamentos de uso diário pós-transplante hepático (Tabela 1).

Dos transplantados, a maioria, 51 (81,0%), morava na capital Rio Branco, 30 (42,9%) foram transplantados no Hospital Bandeirantes e 22 (31,4%) no Hospital Beneficência Portuguesa (Tabela 1). Ainda, 14 (20,0%) apresentaram complicações, sendo a maioria, 11 (79,0%) pela recidiva do vírus C e 10 (14,3%) dos pacientes foram a óbito (Tabela 1).

Tabela 1 – Características dos pacientes transplantados hepáticos do estado do Acre, 2014

	Variável	Nº	%
Sexo	Masculino	57	81,4
	Feminino	13	18,6
Idade	< 45 anos	25	35,7
	46 - 60 anos	32	45,7
	> 60 anos	13	18,6
Diagnóstico**	Cirrose hepática	54	77,1
	Hepatite B + Cirrose	27	50,0
	Hepatite C + Cirrose	26	48,1
	Hepatite D + Cirrose	16	29,6
	Hepatocarcinoma	14	20,0
Tempo de espera para o transplante	< 1 ano	21	34,4
	1 - 3 anos	10	16,4
	> 3 anos	05	8,2
	1 - 3 anos	12	19,7
	3 - 5 anos	13	21,3
Imunossupressão**	Tacrolimus	61	87,1
	Corticoide	43	61,4
	Micofenolato de sódio	46	65,7
Cidade*	Rio Branco	51	81
	Outras	12	19
Hospital de realização do transplante	Bandeirantes	30	42,9
	Beneficência Portuguesa	22	31,4
	Inst. Cardiologia do DF	08	11,4
	Hosp. das Clínicas de SP	04	5,7
	Alemão Oswaldo Cruz	03	4,3
	Hosp. das Clínicas do AC	02	2,9
	Hosp. Israel. Albert Einstein	01	1,4
Complicação	Não	56	80,0
	Sim	14	20,0
Especificação da complicação	Recidiva Vírus C	11	79,0
	Rejeição ou mau funcionamento	03	21,0
Óbito	Não	60	85,7
	Sim	10	14,3

* Os casos podem variar conforme os missings.

** Os pacientes podem ter mais que um diagnóstico ou medicamento.

Quanto ao tipo de doador, 47 (83,9%) eram falecidos, 30 (56,6%) eram do sexo masculino e a principal causa de morte dos doadores foi Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH), acometendo 23 (51,1%) deles (Tabela 2).

Tabela 2 – Valores do RMS com e sem a utilização de pressão positiva expressos em média e desvio padrão

	Variável	Nº	%
Tipo de doador*	Falecido	47	83,9
	Vivo	09	16,1
Sexo doador*	Masculino	30	56,6
	Feminino	23	43,4
Causa morte doador*	AVC - H	23	51,1
	TCE	14	31,1
	AVC - I	07	15,6
	FAF	01	2,2

* Os casos podem variar conforme os missings.

AVC-H: Acidente vascular cerebral hemorrágico.

TCE: Traumatismo crânio-encefálico.

AVC-I: Acidente vascular cerebral isquêmico.

FAF: Ferimento por arma de fogo.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo mostraram que as causas mais frequentes de doenças hepáticas que levaram ao transplante, foi a hepatite B e a cirrose. Um estudo analítico de mortalidade em lista de espera do estado do Paraná mostrou que 40% dos pacientes tinham o álcool como causa de sua doença e, aproximadamente, 1/3 tinha a cirrose induzida por infecção viral crônica.¹⁵

A maioria dos pacientes transplantados era do sexo masculino, 81,4%, o que corrobora uma avaliação de transplantes hepáticos realizados no Hospital das Clínicas do Paraná, onde 19 dos 20 pacientes, (95%) eram do sexo masculino.¹⁶ As patologias hepáticas acometem os homens, geralmente por procurarem menos o serviço de atenção médica em comparação às mulheres e pelo fato de que são os principais usuários de drogas injetáveis, terem relações sexuais sem uso de preservativos, além de serem o público alvo do etilismo.

O transplante foi mais comum na faixa etária de 46 a 60 anos (40,6%). Em um estudo realizado em Santa Catarina, a faixa etária predominante foi de 40 a 49 anos, com 32%.¹⁷

Em relação à sobrevida dos pacientes transplantados, 14,3% foram a óbito. Em um estudo realizado na cidade de São Paulo, dos 209 pacientes submetidos a transplante hepático, 65 (32,1%) foram a óbito precoce e 30 (14,3%) a óbito tardio.¹⁸

Das complicações, 79% dos casos foram por recidiva do Vírus C e 21% pela rejeição ou mal funcionamento do órgão. Após o transplante, nos primeiros dias, existe o risco do não ou mal funcionamento do enxerto, trombose da artéria hepática ou da veia porta, complicações biliares como fístula e, ainda, o sangramento intra-abdominal, necessitando de reintervenção cirúrgica.¹⁹

Aproximadamente, 50% dos casos irão necessitar de retransplante, e a mortalidade associada é em torno de 10%.²⁰ Em relação à imunossupressão inicial, 61 pacientes (87,1%) usaram Tacrolimus e 43 (61,4%) usaram Corticoide. A imunossupressão medicamentosa não pode ser excessiva a ponto de produzir infecções, nem ser leve o suficiente para permitir rejeições que, por sua vez, obriguem à utilização de drogas mais potentes.¹⁰

Este estudo evidenciou que a principal causa de morte dos doadores foi o acidente vascular cerebral hemorrágico, seguido do trauma crânio encefálico, o que corrobora com um estudo realizado em Santa Catarina, onde as principais causas da morte dos doadores também foram o traumatismo crânio encefálico (40%), seguido por acidente vascular cerebral hemorrágico (28%).¹⁷

O tipo de doador mais comum foi o falecido (83,9%) e do sexo masculino (56,0%), o que também corrobora estudo realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, onde, 83,8% dos transplantes hepáticos eram realizados com doadores falecidos.²¹

Este estudo teve como foco principal estudar os transplantados hepáticos acompanhados, do estado do Acre, em um período de dez anos, sendo a maioria dos transplantados desse estado.

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa identificou-se que a maioria dos transplantados hepáticos do estado do Acre é composta de homens com idade acima de 45 anos de idade, moradores da capital do estado, com diagnóstico principal de cirrose hepática e vírus da hepatite B, que aguardaram menos de um ano na fila para a realização do transplante, e a maioria deles transplantada no Hospital Bandeirantes. Quanto à terapia imunossupressora, a maioria utilizou o Tacrolimus e Corticoide.

20,0% apresentaram complicações, sendo que a maioria pela recidiva do vírus C (79,0%) e 14,3% dos pacientes foram a óbito.

Quanto ao tipo de doador, a maioria era falecido, do sexo masculino e a principal causa de morte foi Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico.

Diante da caracterização do paciente transplantado hepático, almeja-se contribuir para o serviço de atendimento a esse paciente, tomando-se as medidas necessárias para intervenção dessa problemática.

ABSTRACT

Purpose: To describe the epidemiological profile of liver-transplanted patients followed in the state of Acre. **Methods:** Cross-sectional study performed from April 2003 to July 2014, for which we used medical records of patients from Acre Hospital, Brazil. Data were collected from electronic medical records in a semi-structured questionnaire. Absolute and relative frequencies of categorical variables were performed. The bank was analyzed with the SPSS 17.0 software. **Results:** Total of 70 liver transplants along the studied period. The most frequent cause that led to the transplant were the hepatitis B virus and cirrhosis (77.1%), 81.4% were male and 64.3% were above 45 years old, 34.4% of patients waited less than a year for the transplant, 87.1% used the medication Tacrolimus, 81.0% of patients were living in the city of Rio Branco, 42.9% were transplanted at Hospital Bandeirantes in São Paulo; the major complication was the post-transplant recurrence of the Hepatitis C Virus, and 14.3% patients died. As to the donor organ, 83.9% were cadaverous, 56.6% were male, and the leading cause for the death was hemorrhagic stroke. **Conclusion:** Characterization of liver-transplanted patients aims to contribute to improve services for such patient to be taken to the health care and intervention of such problem.

Keywords: Liver Transplantation; Population Characteristics; Delivery of Health Care.

REFERÊNCIAS

- Mendes KDS. Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem. [Dissertação – Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2006.
- Junior Castro-e-Silva O, Sankarankuttyii AK, Oliveira GR, Pacheco E, Ramalho FS, Sasso KD et al. Transplante de fígado: indicação e sobrevida. *Acta Cirúrgica*. 2002; 17 (3): 83-91. [Acesso em 2014 jan 18]; 17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-86502002000900018&script=sci_arttext.
- Sherlock S, Dooley J. Doenças do fígado e do sistema biliar. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- Sasso KD, Galvão CM, Junior Castro-e-Silva O, França AVC. Transplante de fígado: resultados de aprendizagem de pacientes que aguardam a cirurgia. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005 jul/ago;13(4):481-8.
- Cameron AM, Ghobrial RM, Yersiz H, Farmer DG, Lipshutz GS, Gordon SA et al. Optimal Utilization of Donor Grafts With Extended Criteria A Single-Center Experience in Over 1000 Liver Transplants. *Annals of Surgery*. 2006;243(6):748-55.
- Freeman Júnior RB, Edwards E. United Network for Organ Sharing Liver and Intestine Committee. Liver transplant waiting time does not correlate with waiting list mortality: implications for liver allocation policy. *Liver Transpl*. 2000;6:543-52.
- Kamath PS, Wiesner RH, Malinchoc M, Kremers W, Therneau TM, Kosberg CL. et al. A model to predict survival in patients with endstage liver disease. *Hepatology*. 2001;33:464-70.
- ABTO. Associação Brasileira de Transplante de órgãos. Editorial do Registro Brasileiro de Transplantes (RBT). Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado 2006-2013. RBT. 2013;4:1-95.
- Coelho JCU, Parolin MB, Matias JEF, Jorge FMF, Júnior LWC. Causa de óbito tardio em transplante de fígado. *Rev Assoc Med Bras*. 2003;49(2):177-80.
- Lake JR. The role of immunosuppression in recurrence of hepatitis C. *Liver Transpl*. 2003;9:63-6.
- Neumann UP, Berg T, Bahra M, Puhl G, Guckelberger O, Langrehr JM, Neuhaus P. Long-term outcome of liver transplants for chronic hepatitis C: a 10-year follow-up. *Transplantation*. 2004;77:226-31.
- Gleisner ALM. Benefício da sobrevida do transplante hepático em longo prazo de acordo com a gravidade da doença hepática no momento da inclusão em lista. [Tese – doutorado]:Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Porto Alegre, RS, 2009.
- Coelho JCU, Parolin MB, Réa Neto A. Complicações pós-operatórias no transplante hepático. *CI Bras Med Int*. 2001;10:357-90.
- Oliveira DMS, Drachler ML, Oliveira, LS. Fatores de risco para a falência do transplante ortotópico de fígado no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(1):187-95.
- Silveira F, Silveira FP, Macri MM, Nicoluzzi JEL. Análise da mortalidade na lista de espera de fígado no Paraná, Brasil. O que devemos fazer para enfrentar a escassez de órgãos? *Arq Bras Cir Dig*. 2012;25(2):110-3.
- Parolin MB, Coelho JCU, Igreja M, Pedroso ML, Groth AK, Gonçalves CG. Resultados do transplante de fígado na doença hepática alcoólica. *Arq. Gastroenterol*. 2002 jul/set; 39(3):147-52.
- Nogara MAS, Wiederkher JC, Igreja MR, Okada JA, Mazzei AB, Raiter J. Avaliação dos transplantados hepáticos em Santa Catarina, de agosto de 2002 a julho de 2004: relato dos primeiros 25 casos de um procedimento inédito no estado. *J Bras. Transpl*. 2006;9:474-7.
- Koffron A, Stein JA. Liver transplantation: indications, pretransplant evaluation, surgery, and posttransplant complications. *Med Clin North Am*. 2008;92:861-88.
- Stange BJ, Glanemann M, Nuessler NC, Settmacher U, Steinmuller T, Neuhaus P. Hepatic artery thrombosis after adult liver transplantation. *Liver Transpl*. 2003;9:612-20.
- Coelho JCU, Parolin MB, Matias JEF, Jorge FMF, Júnior LWC. Causa de óbito tardio em transplantados de fígado. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2003;49(2):177-80.
- Coelho JCU, Okawa L, Parolin MB, Freitas ACT, Matias JEF, Matioski AR. Recorrência da Hepatite C após transplante hepático de doador vivo e falecido. *Arq. Gastroenterol*. 2009;46(1):38-42.